

*Досягнення
і проблеми
клінічної
інфектології*

Матеріали
науково-
практичної
конференції
і пленуму
Асоціації
інфекціоністів
України

*21-22 травня
2008 року,
м. Тернопіль*

та HBeAg-позитивний ХГВ. Так, у хворих основної групи гломерулонефрит зумовлений, на нашу думку, криоглобулінемією. На це вказувало виявлення у сироватці крові всіх хворих холодкових преципітуючих білків. Натомість у групі зіставлення лише в 1 з 8 хворих (12,5 %) із ХНН виявлено криоглобулінемію.

Традиційно ураження судин у хворих на ХГВ пояснюють ушкоджувальною дією імунних комплексів. Згідно з результатами наших спостережень, таке пояснення прийнятне лише щодо HBeAg-позитивного ХГВ: ми не можемо проігнорувати високу частоту підвищеного рівня криоглобулінів у крові хворих з васкулітами і ХНН на тлі HBeAg-негативного HBV DNA-позитивного ХГВ.

За сучасними уявленнями, антигенна стимуляція В-лімфоцитів супроводжується посиленням синтезу в печінці поліклональних і моноклональних IgM (антитіла до Fc-фрагмента IgG – ревматоїдний фактор), що реагують з IgG утворенням змішаних криоглобулінів. У хворих на гепатит С роль таких IgG виконують анти-HCV. Не виключається, що пов'язана з процесами мутації модифікація HBV може призводити до таких змін у будові антитіл, які сприяють криоглобулінемії.

Отже, можна дійти висновку про істотні відмінності у патогенезі позапечінкових проявів, що виникають у хворих на HBeAg-негативний та HBeAg-позитивний ХГВ.

О.А. Голубовська

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПАРЕНХІМИ ПЕЧІНКИ І ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

У теперішній час у нашій країні спостерігається збільшення кількості хворих на гепатит С. Так, за неофіційними даними епідеміологічної служби (офіційної реєстрації хронічного гепати-

ту С в Україні досі немає), таких хворих зараз у 6 разів більше, ніж хворих на СНІД. У свою чергу, Україна займає одне з перших місць за темпами розповсюдження ВІЛ-інфекції. За даними різних міжнародних досліджень, 50-95 % осіб, які вживають парентерально наркотичні речовини, інфіковані HCV. Вживання наркотичних речовин не тільки сприяє інфікуванню декількома вірусами, але й накладає відбиток на перебіг захворювання і має деякі особливості ультразвукової діагностики ураження печінки.

Метою нашого дослідження було визначити особливості ультразвукової картини і портального кровотоку в системі v. portae у хворих на хронічний гепатит С, які вживають наркотики.

У клініці інфекційних хвороб Національного медичного університету обстежено 87 хворих на хронічний гепатит С, які вживають наркотики – 1-а група. Контрольну групу (2-а) склали 38 хворих на хронічний гепатит С без наркологічного анамнезу.

Оцінювали такі параметри: передньозадній розмір печінки, її структуру, площу селезінки, діаметр v. portae, середню лінійну швидкість кровотоку в її системі. Дослідження проводили на ультразвуковому апараті Voluson 730-Expert (Німеччина) у стандартному В-режимі із застосуванням абдомінального датчика з частотою 3,5 МГц. З допомогою кольорового доплерівського картування вивчали параметри середньої лінійної швидкості портального кровотоку (см/с). У хворих обох груп не спостерігали клініко-лабораторних і УЗД-ознак цирозу печінки.

У хворих обох груп при дослідженні в стандартному В-режимі відмічали збільшення передньозаднього розміру печінки в 1-й групі до $(17,6 \pm 1,2)$ см, у 2-й – $(15,3 \pm 2,6)$ см. У 75 (86,2 %) хворих 1-ї групи спостерігали ознаки жирової інфільтрації печінки, у хворих 2-ї – тільки у 9 (23,6 %) пацієнтів ($P < 0,01$). Середня площа селезінки у хворих 1-ї групи склала $110,2 \text{ см}^2$, у 2-ї – $91,7 \text{ см}^2$ ($P < 0,05$). Середній діаметр v. portae у хворих 1-ї групи склав 1,78 см, у контрольній – 1,55 см ($P < 0,05$).

При визначенні портального кровотоку середня лінійна швидкість його у хворих 2-ї групи склала $(14,2 \pm 1,6)$ см/с (тобто була в межах норми), у пацієнтів 1-ї – $(11,5 \pm 0,9)$ см/с (нижче середніх нормальних показників).

Таким чином, у хворих на хронічний гепатит С на тлі вживання наркотичних речовин відмічали достовірне збільшення кількості осіб із УЗ-ознаками жирової інфільтрації печінки, збільшення діаметру v. portae і зниження середньої лінійної швидкості портального кровотоку. Ці дані можуть свідчити про більш глибоке ураження паренхіми печінки і, як наслідок цього, збільшення периферичного опору тканин, що призводить до посилення явищ портальної гіпертензії та уповільнення середньої лінійної швидкості портального кровотоку.

О.А. Голубовська, А.В. Шкурба

ЗМІНИ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ КАРТИНИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГЕПАТИТ С У ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Найбільшу небезпеку з вірусних гепатитів несе гепатит С (ГС), тому що тривала відсутність клінічної маніфестації цього захворювання більш ніж у 90 % хворих утрудняє його своєчасну діагностику. Важливу роль у діагностиці приділяють морфологічним дослідженням, адже без гістологічної верифікації ступеня активності процесу в печінці клінічний діагноз вважається недостатньо переконливим, тобто не вдається чітко визначити характер і тривалість специфічної противірусної терапії, а отже й її ефективність. Доволі значну інформацію про морфологічну структуру печінки може дати пункційна біопсія, але її застосування обмежене через низку причин (хірургічні оперативні складності, технічні невдачі, протипоказання до проведення біопсії, негативне відношення хворих до цієї процедури). Усе це диктує необхідність пошуку альтернативних методів визначення ступеня ураження печінкової паренхіми.

З усіх неінвазивних методів діагностики найбільш придатну інформацію про структуру печінки, ступінь і поширеність ура-